

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1940

N-

THÈSE

160

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Roger LACOMBE

Né le 17 Mars 1911 à Athènes (Grèce)

Contribution
à l'étude du diagnostic
du cancer primitif du poumon

Président AUBERTIN *Professeur*

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince, VI^e

1940

100

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1940

N-

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Roger LACOMBE

Né le 17 Mars 1911 à Athènes (Grèce)

Contribution à l'étude du diagnostic du cancer primitif du poumon

Président : AUBERTIN Professeur

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince, VI^e

1940

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
	VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULANGER .. Chimie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROUET Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER Anatomie.
 COSTE Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREGZ (H.) .. Physique.
 DESOILLE Médecine légale.
 DIGONNET Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARDParasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 M^{me} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.

MM.

GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimen-
 tale.
 LENEGRE Pathologie médicale.
 M^{me} J. LEVY... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirur-
 gicale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ...	
CHEVALLIER...		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES..	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET..	
HUGUENIN		MOURE	
LAROCHE (G.)..		QUENU	
LIAN			
MOREAU			
PIEDELIEVRE..			
SEZARY			
MM.			
ECALLE	Clinique obstétricale		
METZGER			
PORTES			
VIGNES			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

AUGUSTIN CHARPENTIER

Professeur à la Faculté de Médecine de Nancy

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Lieutenant-Colonel JEAN LACOMBE

A MA MERE

A MES FRERES

A MON ONCLE

LE PROFESSEUR GEORGES LAMY
de la Faculté de Médecine de Nancy

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUBERTIN

Médecin des Hôpitaux de Paris
Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine

*En témoignage de mon admiration
et de ma reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE :

Monsieur le Professeur CARNOT
Monsieur le Professeur CUNEO
Monsieur le Docteur Félix RAMOND
Monsieur le Professeur agrégé CADENAT
Monsieur le Professeur LEREBoullet

EXTERNAT :

Monsieur le Professeur GOSSET
Monsieur le Professeur CARNOT
Monsieur le Docteur Félix RAMOND
Monsieur le Professeur AUBERTIN

EXTERNAT EN PREMIER :

Monsieur le Docteur BOPPE
Monsieur le Docteur PAGNIEZ
Monsieur le Docteur CARRIE

A MONSIEUR LE DOCTEUR CACHERA
Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHENE
Médecin assistant à l'Hôpital Saint-Louis

A Monsieur le Docteur POUMEAU-DELILLE
Médecin assistant à l'Hôpital Saint-Louis

AU MEDECIN-CAPITAINE CARITE
Médecin-Chef du 11^e Régiment de Tirailleurs Algériens

INTRODUCTION

Tous les auteurs sont d'accord actuellement pour reconnaître la fréquence croissante des cancers primitifs du poumon. Il semble bien, en effet, qu'il s'agisse d'une fréquence réelle, le nombre des cancers augmentant effectivement. Mais il est vrai aussi que le nombre des cancers diagnostiqués cliniquement est en proportion grandissante. Depuis la mémoire de Mlle Cottin Cramer et Saloz, et surtout la thèse d'Huguenin, on connaît mieux le cancer, on sait mieux le rechercher, mais aussi on a des moyens d'investigation qui vont sans cesse se perfectionnant.

Pour Mlle Cottin Cramer et Saloz (1920) les erreurs de diagnostic atteignaient une proportion de 80%. Pauchard fait remarquer que, dans la thèse de Burlats (1928), sur dix-neuf observations que cet auteur a empruntées à la littérature, dans quatre seulement le diagnostic de cancer primitif du poumon a été fait du vivant du malade, dont deux à l'intervention; ce qui fait deux sur dix-neuf diagnostics exacts faits par la seule clinique. Sans doute cette proportion est-elle aussi périmée. Mais il n'en reste pas moins que les erreurs de diagnostic sont encore fréquentes, et que les cas où le diagnostic de cancer primitif du poumon n'est porté qu'à l'autopsie ne sont pas exceptionnels; et le diagnostic du cancer primitif du poumon reste un problème des plus difficiles de la pratique médicale.

Ce diagnostic est difficile, en effet, parce qu'il est très rare de voir un cancer primitif du poumon réaliser le tableau classique et complet d'une affection pulmonaire à signes fonctionnels importants. survenant chez un sujet âgé avec ou sans antécédents, chez lequel on trouve un syndrome de condensation localisé, se traduisant radiologiquement par une opacité plus ou moins étendue n'obstruant pas les culs-de-sac, s'étendant progressivement en tache d'huile, et donnant des signes de compression médiastinale.

Dans ce cas, le diagnostic est relativement facile. Il l'est aussi lorsqu'on trouve, ce qui est rare, des cellules néoplasiques dans l'expectoration, ou quand il existe des adénopathies à caractères néoplasiques dont la biopsie certifie la nature. Mais en fait, même dans ces cas, la clinique peut n'être pas suffisamment évocatrice pour faire pratiquer ces recherches. Et, en somme, les formes qui, à l'examen clinique ou même à l'examen radiologique, font déjà penser à un cancer primitif, sont l'exception.

Et c'est sous le masque d'une pneumopathie d'apparence banale qu'il faut le rechercher. Car, comme l'ont fait remarquer Sergent et ses élèves, le cancer du poumon a avant tout une symptomatologie d'emprunt pulmonaire et pleurale. Et l'on sait combien fréquentes et nombreuses sont les formes trompeuses. Nous ne ferons que citer les formes simulant la tuberculose, bien étudiées par Sergent, les formes simulant un kyste hydatique, une bronchite ou une congestion pulmonaire; les formes latentes qui ne se révèlent que par une métastase, telle la forme osseuse et douloureuse décrite par Loeper. Et, à l'occasion de deux malades observés à peu

près en même temps dans le service du professeur Rathery, à la Pitié, nous étudierons surtout :

1° Les formes suppurées ou masquées par une suppuration pulmonaire ou pleurale,

2° La simulation du cancer du poumon par d'autres affections, en particulier la syphilis pulmonaire.

En effet, ces deux observations montrent deux exemples des difficultés que peut présenter le diagnostic du cancer primitif du poumon :

— dans l'un, il s'agissait d'un cancer du poumon parahilaire, complètement masqué par une pleurésie d'abord sérofibrineuse puis purulente, et qui a toujours revêtu les apparences d'une suppuration pulmonaire, et dont le diagnostic n'a été pratiquement fait qu'à l'autopsie;

— dans l'autre, il s'agissait d'une femme pour laquelle il semblait cliniquement légitime de porter le diagnostic de cancer primitif du poumon, et chez laquelle l'autopsie a montré : l'absence de tout néoplasme, mais seulement des lésions de sclérose pulmonaire chronique probablement syphilitiques, compliquées secondairement de suppuration.

Ces deux malades vont nous montrer que l'erreur est possible dans les deux sens : on peut méconnaître le cancer, c'est le cas le plus fréquent; on peut aussi prendre pour un cancer une pneumopathie d'autre nature, ce qui à vrai dire est plus rare.

CHAPITRE PREMIER

CANCER DU POUMON ET SUPPURATIONS PULMONAIRES

Les formes suppuratives du cancer du poumon sont connues depuis longtemps. Bayle, en 1810, décrivait des cavités creusées en pleine masse néoplasique. Boufflers, en 1893, consacrait sa thèse à « la gangrène pulmonaire consécutive aux cancers de cet organe ». Plus récemment, ces formes ont été étudiées par Burlats en 1928, et Pauchard en 1935.

Les formes de cancer primitif du poumon, prenant le masque d'une suppuration pleuropulmonaire, sont parmi les plus fréquentes des formes masquées de cette affection; et les observations publiées à ce sujet ne se comptent plus actuellement tant en France qu'à l'étranger. Pauchard fait remarquer dans sa thèse que dans le mémoire de Mlle Cottin Cramer et Saloz, qui date de 1920, sur 29 cas de cancer du poumon, 4, c'est-à-dire une proportion de $\frac{1}{7}$, sont des formes suppurées, ce qui est déjà appréciable. Et dans sa statistique, qui porte sur 26 cas de cancer du poumon, observés dans le service du Professeur Sergent, Pauchard trouve une proportion beaucoup plus considérable : 10 cas, c'est-à-dire plus du tiers; il reconnaît d'ailleurs lui-même que c'est une proportion peut-être un peu forte pour la réalité.

Tous les auteurs distinguent actuellement deux types bien particuliers de ces cancers suppurés :

1° tantôt c'est la masse cancéreuse elle-même qui suppure et s'excave,

2° tantôt il existe une suppuration parenchymateuse ou pleurale vraie en dehors du néoplasme.

1° *Les cancers suppurés.*

Il s'agit d'un ramollissement avec suppuration et évacuation du centre de la masse cancéreuse, le cancer se présente comme un abcès. En voici quelques observations :

Observation I. Ameuille.

(*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1923, citée par Burlats, résumée).

Homme de 64 ans. Depuis quatre mois, douleurs thoraciques, toux, expectoration très abondante. A la scopie, on trouve à la partie moyenne de l'hémithorax une ombre annulaire qui n'est pas pénétrée par le lipiodol.

Ultérieurement apparaissent des râles bulleux, un niveau liquide à la radio.

On tente un pneumothorax qu'on est obligé d'abandonner, la plèvre étant soudée en avant.

On fait le diagnostic d'abcès du poumon, la ponction exploratrice est négative.

A l'intervention, on retire un demi-verre de pus contenant du bacille de Pfeiffer.

On examine histologiquement un fragment de la paroi de l'abcès.

Il s'agit d'un épithélioma malpighien.

C'est donc tout à fait fortuitement que l'auteur, devant cet abcès du poumon, en a reconnu la nature néoplasique.

Observation II

Sergent, Kourilsky, Imbert et Poumeau-Delille
(*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 27 juin 1930, résumée)

Homme de 57 ans, long passé pulmonaire. Abcès du poumon typique : image ronde et nette.

L'injection de lipiodol après ponction montre une image hydroaérique à deux poches, dont une pleurale.

A l'autopsie : néoplasme excavé à cavité anfractueuse.

Histologie : carcinome alvéolaire.

Observation III. (Mêmes références qu'obs. II, résumée)

Homme de 57 ans, envoyé dans le service pour être opéré d'abcès du poumon.

Antécédents de bronchite chronique et de congestion pulmonaire.

Aspect de suppurant, expectoration très abondante mucopurulente, verdâtre, sans odeur.

Signes d'excavation de la base gauche.

Radio : à la base gauche, dans une région floue : excavation de la taille d'une grosse figue à contours déchiquetés, mâchés, sans niveau liquide.

Le lipiodol montre des broncheectasies, mais s'arrête à distance de la cavité.

On fait le premier temps d'une intervention, le malade meurt.

A l'autopsie : cancer excavé de la base gauche.

Histologie : carcinome alvéolaire.

Dans ces deux observations, il s'agit d'un abcès du poumon dont seule l'autopsie a révélé la nature cancéreuse.

*Observation IV. — Vaucher, Kaufman et Mlle Uhrig
(Sté Méd. des Hôp. de Paris, 11 avril 1930, résumée)*

29 ans, malade depuis trois mois.

Signe de pleurésie enkystée de la base droite.

Radio : à droite, ombre à bord supérieur irrégulier convexe en haut et en dehors; à gauche, images de ganglions hilaires.

Ponction pus.

Ultérieurement survient une vomique.

On pratique une thoracotomie; pas de modifications radiologiques.

Deux mois après l'entrée à l'hôpital, on fait la biopsie d'un ganglion cervical.

Puis apparaissent des signes de stase veineuse cervicale.

Peu après, le malade meurt.

Autopsie : cancer pleuropulmonaire droit avec foyers de ramollissement.

Cette observation est différente des autres : elle se présente avant tout comme une pleurésie purulente.

Cependant, les ombres ganglionnaires hilaires vues à la radiographie, puis l'apparition des signes de compression veineuse pouvaient mettre, du vivant du malade, sur la voie du diagnostic qui aurait pu être confirmé par la biopsie du ganglion cervical.

Dans tous les cas, il s'agit d'une suppuration de la masse cancéreuse elle-même; les malades se présentent comme porteurs seulement d'un abcès du poumon, et c'est le plus souvent l'autopsie, parfois l'apparition de signes de compression médiastinale, ou même l'intervention qui mettent sur la voie du diagnostic et qui peuvent faire penser que l'abcès est de nature néoplasique.

Ces formes d'abcès cancéreux ont été décrites sous divers noms :

cancer pulmonaire à forme d'abcès (Ameuille);

cavernes cancéreuses du poumon (Ameuille et Huguenin);

cancer du poumon à type d'abcès (Bezançon et Sergeant).

2° Les cancers avec suppuration parenchymateuse ou pleurale.

Dans ces cas, déjà bien différenciés par Burlats, il s'agit d'une suppuration qui accompagne un néoplasme pulmonaire, mais qui n'intéresse pas directement la tumeur elle-même, elle peut en siéger à distance. Cliniquement, le malade se présente comme porteur d'une suppuration, mais la clinique ou les explorations permettent dans certains cas de trouver le néoplasme accompagnant la suppuration.

Nous allons en présenter quelques observations.

Observation V. Inédite.

M. J..., âgé de 41 ans, entre à la Pitié, le 28 août 1939, salle Vulpian, pour des douleurs thoraciques, de la toux, avec expectoration, fièvre et altération de l'état général. Il est envoyé par son médecin avec le diagnostic de bronchite généralisée et congestion hépatique.

Les troubles ne sont pas à proprement parler d'apparition récente : en effet, depuis une dizaine d'années déjà le malade toussait et crachait avec une recrudescence hivernale.

Cependant, le dernier hiver a été tout particulièrement pénible.

Mais c'est au commencement d'août, c'est-à-dire depuis environ trois semaines, que les troubles ont commencé de façon anormale.

C'est à cette date qu'est apparue une douleur à la partie antérieure de l'hémithorax gauche, douleur qui a augmenté rapidement pendant deux ou trois jours et a persisté depuis.

De plus, la respiration est gênée, le malade a de la dyspnée; enfin son état général s'est altéré, il a maigri.

Les soins qu'il s'est fait donner chez lui n'ayant apporté aucune amélioration, il se décide à entrer à l'hôpital.

M. J... n'avait rien de notable dans ses antécédents, si ce n'est que, trois ans auparavant, il s'était fait soigner « pour son foie » à la suite de vomissements. Il souffrait également d'hémorroïdes.

Enfin, il y a une vingtaine d'années, il avait présenté une sciatique et des douleurs étiquetées rhumatismales.

Dans sa famille, rien d'important à signaler :

- son père est mort à 65 ans d'une affection cardiaque;
- sa mère à 61 ans, d'une pneumonie;
- il n'a pas eu d'enfants.

A l'examen, il s'agit d'un homme fatigué, au facies amaigri et au teint pâle.

L'expectoration est abondante et légèrement fétide, d'aspect franchement purulent.

L'examen thoracique montre :

Une zone très étendue de l'hémithorax gauche, partant de la base et montant très haut en avant et en arrière où :

- les vibrations vocales sont abolies,
- la percussion donne une matité franche,
- l'auscultation montre que le murmure vésiculaire est très diminué,
- pas de bruits surajoutés.

A droite : on note une submatité de la base, avec également diminution des vibrations.

L'examen de l'abdomen montre :

— une circulation collatérale assez développée à droite,

— mais surtout on sent à la palpation dans l'épigastre et l'hypocondre droit plusieurs masses dures et arrondies, dont l'une est particulièrement saillante au niveau de l'épigastre. Ces masses sont fixées entre elles et sont douloureuses à la palpation. Elles sont mates à la percussion, et leur matité continue celle du foie avec lequel elles semblent bien faire corps. L'ensemble de la matité dépasse le rebord costal de 5 travers de doigts.

L'état général est assez touché : l'anorexie est complète; elle avait commencé à se manifester depuis deux mois environ. Depuis un mois, le malade n'absorbe que des liquides.

L'amaigrissement est important, remarqué par le malade qui ne peut cependant le préciser par un chiffre.

Enfin, depuis deux mois également, le malade, qui jusqu'alors allait régulièrement, est très constipé.

Le reste de l'examen est négatif :

- le cœur est normal, le pouls à 110 régulier,
- la tension un peu basse à 10-6,
- la température légèrement augmentée à 37°6.

Le système nerveux est normal, les réflexes tendineux et cutanés normaux.

Dans les urines, on ne trouve ni sucre ni albumine. Leur quantité est d'un litre environ.

Le jour même de son entrée, on fait une ponction exploratrice de la plèvre gauche qui ramène un liquide citrin, à culot hémorragique, contenant des hématies et de nombreux polynucléaires intacts. La réaction de Rivalta y est positive. Le dosage de l'albumine montre 8 gr. 50 pour 1.000. Donc, formule nettement inflammatoire.

On fait également une radiographie du thorax qui montre une opacité homogène à limite supérieure peu nette, imprécise, occupant toute la base gauche, comblant le cul-de-sac costo-diaphragmatique, et dépassant la partie moyenne de l'hémithorax.

Une numération globulaire et formule sanguine pratiquées le 1^{er} septembre donnent les résultats suivants :

Hématies : 4.100.000;

Hémoglobine : 80%;
Leucocytes : 6.700.
Polynucléaires neutrophiles : 77%;
— éosinophies . 1;
Grands monoculaires : 4;
Moyens mono et lymphocytes : 16;
Monocytes : 2.

En somme, rien de bien important dans cette formule si ce n'est une légère anémie avec une augmentation du taux des polynucléaires.

Le malade est gardé ensuite en observation dans le service où, en attendant un diagnostic plus précis que celui de pleurésie séro-fibreuse inflammatoire gauche, on le met à un régime reconstituant avec injections de camphre et de strychnine.

Pensant à la possibilité d'un cancer secondaire du foie, on recherche un cancer primitif sur le tractus digestif. Mais le toucher rectal ne donne que des résultats négatifs, le sujet n'accusant d'ailleurs aucun trouble rectal en dehors de sa constipation.

Enfin, on fait un examen radiologique du tube digestif. Celui-ci, pratiqué le 8 septembre, donne les résultats suivants :

- obscurité complète de l'hémithorax gauche,
- transit œsophagien normal,
- poche à air gastrique moyenne, pas de liquide à jeun,
- l'estomac se remplit normalement, il est refoulé vers la gauche,
- bas-fond à 4 travers de doigts au-dessous des crêtes iliaques,
- les faces et les courbures sont souples et régulières,

— le remplissage du duodénum s'effectue normalement, le bulbe présente une encoche arrondie sur son bord droit, due vraisemblablement à la compression par la vésicule biliaire.

Conclusion : estomac allongé sans signes de lésion pariétale radiologiquement décelable.

Cependant, l'état ne s'améliore pas, la fièvre se maintient aux environs de 38°-38°5, avec, le 3 septembre, un clocher à 39°.

Devant ce gros foie douloureux, fébrile, avec manifestation pulmonaire (traduite cliniquement par une pleurésie), et malgré l'absence d'antécédents nets d'amibiase, on fait, le 5 septembre, une recherche de parasites dans les selles, qui se montre négative.

On entreprend, néanmoins, à tout hasard, un traitement par l'émétine.

On fait une nouvelle ponction pleurale le 6 septembre, qui ramène un liquide présentant les mêmes caractères que précédemment.

Les mêmes signes persistant malgré l'émétine et, l'état général continuant à s'aggraver, pensant malgré tout à un abcès du foie, on fait une ponction hépatique au point le plus douloureux, qui ne ramène pas de pus mais seulement quelques gouttes de liquide hémorragique.

Le 14 septembre, on fait une nouvelle formule sanguine qui montre :

- l'augmentation de l'anémie: 3.850.000 globules rouges,
- l'augmentation des globules blancs : 14.400,
- avec augmentation du taux des polynucléaires : 87%.
éosinophiles : 1; grands mono, 2; moyens mono et lympho, 8; monocytes, 2.

Une nouvelle radiographie de face, pratiquée le 15 septembre, montre que l'opacité a augmenté, elle occupe maintenant la presque totalité de l'hémithorax gauche, atteignant la clavicule, respectant l'extrême-sommet, refoulant le médiastin vers la droite.

En oblique antérieure gauche, on retrouve l'obscurité avec les mêmes caractères, mais cette nouvelle épreuve n'apporte aucune nouvelle précision.

Le même jour, on pratique une ponction évacuatrice de la plèvre, la dyspnée ne laissant aucun répit au malade. Celle-ci ramène 500 cm³ d'un liquide purulent et fétide, montrant à l'examen microscopique des polynucléaires altérées et de nombreux pneumocoques.

On abandonne alors l'émétine et on s'oriente vers un diagnostic de suppuration pulmonaire banale, et on fait de l'eucalyptine.

Le 19 septembre, un examen bactériologique des crachats montre l'absence de bacilles de Koch.

Enfin, le 25 septembre 1939, le malade meurt dans la cachexie.

L'autopsie montre un cancer du poumon gauche avec métastase hépatique :

- le poumon droit est simplement congestif,
- à gauche, pleurésie purulente.

On trouve au poumon gauche un cancer du lobe supérieur avec-:

- un noyau autour de la bronche souche du volume d'une mandarine,
- et un noyau du volume d'une grosse noix sur une bronche de deuxième ordre.

— Médiastin : gros envahissement ganglionnaire inter-trachéo-bronchique et sus-bronchique, ainsi que para-vertébral. On peut suivre une trainée lymphatique avec adénopathies cheminant le long de la partie postérieure de la paroi thoracique droite et descendant jusqu'au foie.

— Péricarde et cœur normaux.

— Foie : très augmenté de volume, pesant 4 g. 600; surface très irrégulière marronnée; à la coupe, il présente de nombreux noyaux néoplasiques, dont quelques-uns sont ramollis au centre.

— Les ganglions mésentériques ne présentent rien d'anormal, ils sont modérés en nombre et en volume.

— Reins, surrénales, rate, pancréas; pas d'envahissement.

— L'œsophage, l'estomac, l'intestin, sont examinés sur toute leur longueur et ne révèlent aucune tumeur.

Macroscopiquement, il semble bien s'agir d'un néoplasme primitif du poumon gauche, masqué par une pleurésie et accompagné de métastases hépatiques importantes.

On prélève aux fins d'examen histologique : trois morceaux de poumon, un fragment de ganglion et un de foie.

L'examen histologique confirme l'examen macroscopique.

Examen histologique du poumon (Doubrow) :

— parenchyme pulmonaire entièrement méconnaissable.

On ne trouve plus de structure alvéolaire. On constate dans un tissu scléreux d'énormes plages néoplasiques. Ce néoplasme est constitué par de petites cellules, les unes rondes, les autres spiculées en grains d'avoine. Le néoplasme est extrêmement envahissant, il détruit absolument toutes les tuniques des grosses bronche, envahit les veines, formant par places de vastes ondes d'endophébite néoplasique. On voit de nombreuses divisions directes, quelquefois atypiques, très peu de mitoses.

Les ganglions et les coupes de foie présentent les mêmes aspects d'infiltration néoplasique.

En résumé, il sagissait d'un malade qui se présentait avec une pleurésie, une expectoration purulente, des signes généraux de suppuration et un gros foie irrégulier et douloureux.

Cependant, l'aspect du foie évoquant l'idée d'un cancer secondaire, on recherche un cancer primitif au niveau du tube digestif, cause la plus fréquente des métastases hépatiques. N'en trouvant pas, on s'oriente vers une suppuration. Et l'association d'une suppuration hépatique à une suppuration pulmonaire qui se manifeste cliniquement par l'expectoration purulente et la pleurésie encore séro-fibrineuse, mais à polynucléaires; fait évidemment penser à la possibilité d'une amibiase. Mais il n'en est rien; le traitement émétinien restant sans action.

La pleurésie devenant purulente, on se contente de ce diagnostic de suppuration pleuro-pulmonaire et hépatique.

En somme, rien dans cette observation ne pouvait mettre sur la voie du diagnostic, si ce n'est la métastase

hépatique; encore n'est-elle pas parmi les plus fréquentes des métastases du cancer primitif du poumon.

L'exploration radio-lipiodolée et la bronchoscopie auraient sans doute pu donner des renseignements intéressants.

Signalons une particularité anatomique dans cette observation : la traînée lymphangitique partie du néoplasme primitif et allant jusqu'à la métastase hépatique. Huguenin signale dans sa thèse ces traînées lymphangitiques qui ont déjà été décrites par Letulle. Cependant, on admet généralement que les métastases hépatiques se font par voie sanguine. Nous ne saurions d'ailleurs affirmer qu'il n'en était pas ainsi dans notre observation.

Observation VI

Mlle Cottin Cramer et Saloz, citée par Burlats.

(Résumée.)

Femme de 47 ans qui, trois semaines après une pneumonie, présente des signes d'hecticité; pas de bacilles de Koch dans les crachats.

Radio : opacité du lobe supérieur gauche.

17.000 leucocytes dans le sang.

A la ponction, liquide citrin.

Plus tard, image hydro-aérique.

On retire du liquide citrin puis du pus à la ponction.

On fait le diagnostic de pleurésie interlobaire purulente compliquée de pleurésie sérofibrineuse de la grande cavité.

Mort dans la cachexie suppurative.

A l'autopsie, cancer du poumon gauche en voie de ramollissement.

Cette observation présente une certaine analogie avec la précédente : outre que le cancer a été masqué par une suppuration, la symptomatologie a été avant tout pleurale.

Observation VII. — Marchoux (Journal de Médecine et de chirurgie pratique, citée par Pauchard, résumée)

Malade de 56 ans qui présente de l'amaigrissement, quelques crachats sanglants et qui est subfébrile.

A l'examen, on est frappé par le mauvais état général.

Matité de toute la moitié inférieure de l'hémithorax gauche avec abolition des vibrations et du murmure vésiculaire. A la partie médiane, petit souffle bronchique.

En arrière, quelques rugosités pleurales.

Quelques ganglions en grains de plomb dans la région sous-claviculaire gauche.

Radio : opacité diffuse de tout l'hémithorax gauche.

Expectoration mucopurulente; pas de bacilles de Koch.

L'examen cytologique de l'expectoration ne peut affirmer le cancer mais conclut cependant à sa probabilité.

On fait de la radiothérapie. Mort dans l'hecticité.

A l'autopsie : cancer ayant envahi la bronche gauche près de sa division, et développé à l'intérieur de la lumière bronchique. Au-dessous de la tumeur, parenchyme

excavé : caverne suppurée. A la base gauche, pleurésie purulente enkystée.

Ce cas se rapproche tout à fait de notre observation : cancer comprimant la bronche souche, compliquée d'abcès du parenchyme pulmonaire, et avec pleurésie purulente.

Observation VIII. — Ameuille, Lemoine et Bellin (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 14 octobre 1938, et *Progrès Médical*, 18 février 1939; résumée).

Homme de 49 ans : fatigue, hémoptysies, fièvre.

On fait d'abord le diagnostic de pneumonie tuberculeuse, mais pas de bacilles de Koch dans les crachats.

Un an après, nouvelles hémoptysies.

Entre à Cochin après avoir maigri de 16 kgs en un an. Fièvre.

Examen : matité nette de la base droite avec râles bulleux humides.

Radio : opacité massive de la base droite, surmontée d'une zone arrondie avec niveau liquide.

On fait le diagnostic d'abcès du poumon, et, se basant sur les antécédents d'amibiase qu'a présentée le malade vingt-quatre ans auparavant, on fait un traitement éméтино-arsenical qui reste sans action.

On pratique une bronchoscopie à titre de traitement de l'abcès, qui montre un bourgeon jaunâtre. Celui-ci est biopsié : Epithélioma baso-cellulaire.

A l'autopsie : cavité d'abcès du poumon droit occupant tout le lobe moyen. Dans le lobe inférieur, abcès multiples. Cancer de la bronche souche.

Histologie : épithélioma malpighien typique; pas de formations néoplasiques dans la paroi de l'abcès.

Là encore il s'agit d'un cancer obstruant la bronche souche, et compliqué d'abcès parenchymateux.

Observation IX. — Lagèze (*Monde Médical*, 1^{er} nov. 1938, résumée).

Homme de 34 ans, d'abord soigné pour une pleurésie de la base gauche. En réalité, il s'agit d'une ombre parenchymateuse; la ponction reste blanche.

Puis apparaissent des signes de suppuration.

Pas de bacilles de Koch dans l'expectoration.

On reconnaît l'existence d'un abcès du poumon gauche qui, radiologiquement, est séparé de la base et du hile par une zone de transparence normale.

Le traitement anti-infectieux étant resté sans résultats, on fait une bronchoscopie qui montre : un bourgeon saillant dans la bronche souche inférieure gauche.

La biopsie a montré qu'il s'agissait d'un cancer.

Dans tous ces cas de cancers pulmonaires accompagnés de suppuration parenchymateuse ou pleurale, il s'agit, comme l'ont déjà fait remarquer Burlats et Pauchard, d'un cancer bronchique ou comprimant une bronche (et généralement la bronche souche); et la suppuration intéresse le parenchyme pulmonaire souvent à distance du néoplasme. C'est la compression bronchique qui explique l'abcès sous-cortical et la possibilité d'une pleurésie purulente, alors que le cancer siège à distance : au hile.

Cliniquement, comme le dit Pauchard : « Les cancers avec compression bronchique précoce ont une évolution particulière qui fait méconnaître l'origine cancéreuse des accidents. Ce qui paraît vraiment dominer leur évolution, c'est la suppuration, qui préside à l'histoire clinique de bout en bout, qui marque le début, qui est le principal accident de la période d'état, qui finit souvent par emporter le malade par l'intensité des phénomènes infectieux. »

Il est, par conséquent, nombre de cancers primitifs du poumon qui prennent le masque d'une suppuration pleuro-pulmonaire. Il faut donc savoir penser à rechercher ce cancer derrière un diagnostic de suppuration pleuro-pulmonaire, et faire, comme le dit Lagèze, le diagnostic étiologique de ces suppurations; savoir, comme le dit Ameuille, qu'un abcès du poumon survenant chez un malade au voisinage de la cinquantaine a une chance sur trois d'être cancéreux.

Quels sont donc les arguments qui devront faire penser à la nature cancéreuse d'une suppuration?

Pauchard donne : la notion d'âge, l'importance de l'amaigrissement, l'existence de douleurs thoraciques, la répétition des hémoptysies, l'existence d'adénopathies.

En fait, si le cancer survient surtout après 40 ans, les cas de cancers chez les jeunes ne sont pas tellement exceptionnels; et dans l'observation de Lagèze que nous rapportons, il s'agissait d'un homme de 34 ans; et dans l'observation de Vaucher Kaufman et Mlle Uhrig, il s'agissait d'un malade de 29 ans qui présentait un cancer suppuré.

Quant à l'importance de l'amaigrissement, elle peut fort bien être expliquée par la seule suppuration, car il est classique de dire que, dans le cancer primitif du poumon, la cachexie est tardive.

De même, l'existence des douleurs thoraciques n'est pas constante, et un abcès du poumon ou une pleurésie peut suffire à les déterminer.

Sans doute, la répétition des hémoptysies a une certaine valeur évocatrice, surtout en l'absence de tuberculose; mais des hémoptysies peuvent survenir dans un abcès du poumon primitif, et elles peuvent faire complètement défaut au cours d'un cancer authentique; c'est entre autres le cas de notre malade.

L'existence d'adénopathies a certainement plus de valeur, mais combien elles sont inconstantes : notre malade en particulier n'en a jamais présenté.

Donc, en dehors des cas où une métastase ganglionnaire osseuse ou autre ne vient pas signer la nature néoplasique de la suppuration, dans les cas où il n'existe aucun signe de compression médiastinale, il faut savoir penser à rechercher systématiquement un cancer derrière une suppuration pleuro-pulmonaire qui ne fait pas sa preuve; il faut systématiquement, comme le propose Ameuille, faire une exploration radiolipiodolée et une bronchoscopie; ne serait-ce que comme traitement de la suppuration.

CHAPITRE II

SIMULATION DU CANCER DU POUMON PAR DES PNEUMOPATHIES D'AUTRE NATURE

Dans le chapitre précédent, nous avons vu qu'il fallait penser au cancer primitif du poumon pour en faire le diagnostic devant des suppurations d'apparence banale, tant était pauvre sa symptomatologie propre.

Mais n'existe-t-il pas des pneumopathies où la richesse des arguments, en faveur du cancer, entraîne des erreurs de diagnostic? En un mot, n'existe-t-il pas des pneumopathies non cancéreuses qui peuvent simuler le cancer?

Les observations que nous allons présenter maintenant vont nous permettre de répondre à cette question.

Observation X. (Inédite.)

Mme T..., découpeuse dans une fabrique d'appareils photographiques, âgée de 48 ans, entre le 1^{er} mai 1939 à la Pitié, salle Cornil, à la suite d'un épisode pulmonaire aigu dont la terminaison n'est pas franche et qui l'a laissée très fatiguée.

Bien que la maladie actuelle semble avoir débuté par un épisode aigu récent, en fait, depuis trois ans, Mme T... n'est plus bien portante : en effet, il y a trois ans ont débuté des douleurs étiquetées articulaires siégeant dans le dos et le membre supérieur droit, que la malade a soignées elle-même, sans pour cela interrompre son travail. Mais depuis leur apparition, ces douleurs ont toujours persisté, et se sont accompagnées à la longue d'une faitgue grandissante.

Depuis cinq mois, la fatigue est extrême et s'est accompagnée d'un amaigrissement de 11 kgs. Enfin, depuis deux mois, l'appétit est nul, et la malade ne se soutient qu'en absorbant une grande quantité de comprimés d'aspirine.

Le 15 avril, brusquement apparaissent : un violent point de côté, de la toux, de la dyspnée; la température est à 40°5.

La malade est obligée de s'aliter. Elle est vue par trois médecins qui font le diagnostic de congestion pulmonaire droite aiguë.

Cet épisode dure une quinzaine de jours, mais la défervescence n'est pas franche, la température persiste entre 37° et 38°5, l'état général reste assez touché. De plus, la malade continue à tousser et à cracher une expectoration filante et liquide. Un médecin consulté la fait hospitaliser.

Antécédents. — 1) Son père est mort à 57 ans; sa mère, bien portante, a maintenant 73 ans. Son mari est vivant, mais est souvent malade, son état général est mauvais, il a été hospitalisé à la Pitié à plusieurs reprises.

2) La malade a été réglée à 15 ans, très régulièrement; mariée à 21 ans, elle n'a pas présenté de fausses couches; elle a deux enfants qui sont bien portants, l'un a 24 ans, l'autre 14 ans; enfin, elle est ménopausée depuis quatre ans.

3) Mme T... a présenté dans son enfance quelques maladies quelle ne peut préciser. A 12 ans, elle a eu une broncho-pneumonie.

Depuis, rien à signaler.

A l'examen, la malade apparaît pâle et amaigrie, légèrement dyspnéique. Sa température est aux environs de 38°5.

L'expectoration est peu abondante, muco-purulente banale, non hémoptoïque.

L'examen thoracique montre :

— en arrière, une zone de matité suspendue à la partie moyenne de la face postérieure de l'hémithorax droit, contrastant avec la sonorité du sommet et celle de la base;

— en avant, une matité de la moitié inférieure de l'hémithorax droit se continuant avec la matité hépatique, et respectant la région sous-claviculaire.

Dans l'aisselle droite, on retrouve la matité suspendue.

L'auscultation montre une respiration soufflante avec quelques râles humides dans la zone de matité.

Rien d'anormal à gauche.

Le cœur est normal, le pouls un peu rapide à 105, régulier; la tension artérielle à 12—8.

Dans les urines, on ne trouve ni sucre ni albumine.

Le foie et la rate sont normaux.

L'abdomen est souple.

L'examen neurologique montre que les réflexes tendineux, cutanés et oculo-moteurs sont normaux.

Enfin, l'examen complet montre :

1° la présence d'une région de la partie inférieure du sternum dépressible à la palpation;

2° l'existence de deux ganglions cervicaux de la grosseur d'un noyau d'abricot, mobiles sous la peau, durs et roulants sous le doigt, mais pas très mobiles sur les plans profonds.

La radiographie de face, pratiquée le 3 mai, montre : une opacité arrondie, floue, irrégulière, se projetant sur la moitié inférieure de l'hémithorax droit, respectant le sinus costo-diaphragmatique. Ses bords sont flous, broussilleux avec des prolongements. Cependant, à sa partie externe, on voit une zone d'opacité plus nette et mieux limitée, atteignant seule la paroi thoracique externe, et dont le bord supérieur est net et oblique et arrondi.

Dans l'ensemble, l'opacité est homogène : on ne trouve au sein de l'opacité aucune image plus claire pouvant faire penser à une cavité.

La malade est alors mise en observation dans le service.

Le 9 mai, malgré que la fièvre ait persisté aux environs de 38° avec des clochers à 39°, on constate une certaine amélioration de l'état général et local :

Il n'existe plus de dyspnée, l'appétit est revenu;

La malade est pesée, elle accuse un poids de 46 kg. 800;

Localement, la matité suspendue qu'on trouvait en arrière du poumon droit a maintenant disparu. Mais la matité axillaire et antérieure persiste.

Le 12 mai, de nouvelles radiographies sont faites :

— un cliché de profil sans préparation montre que l'opacité est entièrement située en avant du hile, semblant correspondre au lobe moyen. Ce cliché montre également l'existence d'une tache claire ovalaire unique à la partie inférieure du sternum, d'aspect kystique, sans aucune réaction périostique.

— On fait également une radiographie après injection intra-trachéale de lipiodol :

Le cliché en oblique montre :

— l'absence de dilatation des bronches dans le territoire injecté, qui se trouve entièrement situé en arrière de l'opacité.

En traverse, un arrêt net du lipiodol dans une ramification de la bronche souche; cet arrêt siégeant au niveau de l'opacité du lobe moyen qui n'est pas injectée.

D'autres examens complémentaires sont pratiqués.

1° Une numération globulaire avec formule leucocytaire, qui donne les résultats suivants :

Hématies : 4.200.000;

Hémoglobine : 80%;

Leucocytes : 7.800;

Polynucléaires neutrophiles : 78%;

— éosinophiles : 2;

Moyens mono. et lympho. : 18%;

Monocytes : 2%.

2° Un examen bactériologique des crachats qui montre l'absence de bacilles de Koch.

3° Une réaction de Bordet-Wassermann dans le sang, qui se montre fortement positive (+++), bien qu'on ne trouve aucun signe clinique ni aucun commémoratif de syphilis.

4° Une exérèse d'un ganglion cervical est pratiquée le 20 mai aux fins de biopsie.

Le 26 mai, on fait un nouvel examen des crachats, qui montre encore l'absence de bacilles de Koch, même après homogénéisation.

Le 30 mai, on fait de nouvelles radiographies.

La masse est restée homogène et semble s'être étendue vers le haut; le lipiodol se projette de face sur la masse et semble s'être collecté dans le sinus, dessinant une tache à convexité inférieure, comme s'il se trouvait contenu dans une poche.

La biopsie du ganglion prélevé le 20 mai montre l'absence de tout processus néoplasique, de simples lésions banales de sclérose, avec cependant quelques follicules tuberculeux typiques, mais sans zones de caséification. On ne peut cependant arriver à mettre en évidence de bacilles tuberculeux.

Les réactions sérologiques du sang étant fortement positives, on décide de tenter l'épreuve du traitement antisypilitique.

On commence le 1^{er} juin des injections intra-veineuses de cyanure de mercure.

Les 2 premières injections sont bien supportées.

Mais dès le 3 juin apparaît de la diarrhée qui oblige à suspendre le traitement.

Le poids, qui jusqu'au 28 mai s'était maintenu aux environs de 48 kg. 600, fléchit brusquement et n'est plus que de 45 kg. le 4 juin.

Le 5 juin, on refait une nouvelle réaction de Bordet-Wassermann, qui confirme le premier résultat (+++).

La diarrhée ayant cédé, on refait deux nouvelles injections de cyanure de mercure les 7 et 8 juin 1939.

Mais celles-ci déclanchent une stomatite qui oblige d'abandonner tout traitement mercuriel.

Par ailleurs, l'état général a continué à s'altérer; la fièvre persiste toujours irrégulière aux environs de 38°-38°5; la malade a continué à maigrir et n'accuse plus que 44 kg. le 12 juin; elle a donc perdu 2 kg. 500 en 15 jours.

On décide de changer de médicament, et on commence une série de novarsénobenzol le 12 juin. Mais, la malade en ayant reçu 1 gr. 50 à la fin du mois de juin, et l'état général ni l'état local n'ayant changé, le traitement est abandonné.

Le poids a continué à diminuer mais moins rapidement : 400 gr. du 12 juin au 1^{er} juillet (43 kg. 600).

Devant une telle pneumopathie chronique cachectisante fébrile, on est en droit de penser à une néoplasie : en effet, la tuberculose ne semble pas en cause, le traitement antisiphilitique n'a amené aucune cédation, la radiologie, le lipiodol, sont en sa faveur, de même l'image lacunaire du sternum. On a décidé d'entreprendre alors

un traitement radiothérapique. Ce traitement est poursuivi pendant tout le mois de juillet et le mois d'août.

Mais l'évolution semble progressive malgré le traitement : Les signes généraux continuent, l'anorexie réapparaît, l'état général est très altéré. La toux se répète incessante, s'accompagne toujours d'une expectoration qui devient de plus en plus abondante et dont le caractère purulent s'affirme. La dyspnée est assez marquée.

Localement, les signes persistent et la matité semble avoir augmenté, mais pas en proportion de l'aggravation des signes généraux.

Radiologiquement, en effet, cette impression est confirmée :

— le 8 juillet une radiographie de face montre que l'opacité a nettement augmenté vers le haut, envoyant des prolongements broussailleux vers le sommet. Par contre, elle semble s'être mieux limitée en bas, elle n'atteint plus en effet l'ombre hépatique dont elle est séparée par un bande de transparence normale d'une largeur d'un centimètre environ. Le lipiodol se projette sur la base de l'opacité et semble encore dessiner le fond d'une poche.

La malade perd encore du poids au cours du mois de juillet : 2 kg.

Le 2 août on fait une nouvelle numération qui montre peu de modifications de la formule sanguine depuis le mois de mai :

Hématies : 4.200.000;

Hémoglobine : 80%;

Leucocytes : 7.100;

Poly neutro. : 79%;

Eosinophiles : 1;

Grand mononucléaire : 2;

Moyens mono. et lympho. : 16;

Monocytes : 2.

Une nouvelle radiographie pratiquée le 8 août montre encore la progression du processus envahissant :

— De face, la masse a encore augmenté vers le sommet; le cul-de-sac reste libre; grosse accentuation de la trame du côté opposé.

— La radiographie de profil confirme l'accroissement de l'opacité vers en haut et en arrière.

Au cours du mois d'août, la malade perd encore 1 kg. 500. L'expectoration qui était déjà purulente devient de plus en plus abondante, mais surtout, elle devient fétide.

La malade ne pèse plus que 38 kg. 700 le 15 septembre.

Le 21 septembre (12 jours avant la mort), la radiographie montre que la masse est restée stationnaire; son opacité a augmenté, mais n'est plus homogène; on voit maintenant au sein de cette opacité une clarté irrégulière et polycyclique, traduisant l'excavation. Le cul-de-sac est toujours libre. Le côté opposé est le siège d'un envahissement à point de départ hilaire.

Le 3 octobre, la malade meurt dans la cachexie et l'hecticité, dans un tableau de véritable gangrène pulmonaire subaiguë.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax : plèvre très adhérente à droite, peu adhérente à gauche. Très peu de liquide à gauche.

Le poumon droit est sclérosé dans son ensemble. Sa partie centrale est le siège d'un volumineux abcès gangréneux, comprenant une grande cavité principale à surface très irrégulière, avec de petites cavités autour, s'ouvrant dans la cavité principale. Il existe à la face postérieure du poumon une lame de tissu entièrement respectée. Au contraire, toute la face antérieure est profondément infiltrée, adhérente à la plèvre pariétale, et constituant la paroi de l'abcès. Dans le sommet, on trouve également quelques petites cavernes beaucoup moindres, qui présentent les mêmes caractères d'abcès gangréneux.

Dans le poumon gauche, on trouve un petit nodule para-hilaire, qui, à l'incision, donne du pus. Le reste du parenchyme paraît normal. Cœur et aorte absolument normaux.

Le foie pèse 1 kg. 520, il ne présente rien d'anormal à la coupe.

Le pancréas ne présente pas de nodules.

Les reins sont d'apparence normale. Rate : rien à signaler.

L'utérus est fibromateux, il présente plusieurs nodules.

En conclusion, l'autopsie montre l'absence de cancer du poumon macroscopiquement visible, et conclut par contre à un abcès putride. Il est malheureux qu'on ait oublié d'examiner le sternum, qui présentait cliniquement et radiologiquement une lacune d'apparence kystique.

On prélève le poumon droit.

Examen histologique du poumon droit (Doubrow).

Toutes les lésions constatées sur les coupes sont des lésions inflammatoires chroniques.

On ne trouve nulle part de lésion néoplastique.

On constate :

— De très importantes lésions de pachybronchite avec hyper-plasie énorme des glandes muqueuses, avec par places un aspect granuleux du protoplasma caractéristique de glandes séreuses.

— Ailleurs, on peut trouver de vastes plages de sclérose dans lesquelles s'épanouissent de petites cavités serpigineuses tapissées d'un épithélium cubique.

— Ça et là, on trouve des follicules giganti-cellulaires typiques.

— Enfin on peut noter de vastes zones arrondies ca-séifiées, mais où cependant on trouve encore sous forme de dépôts pulvérulents, d'innombrables débris nucléaires.

— En dehors de ces lésions inflammatoires chroniques, il existe des altérations récentes figurées par une alvéolite fibrineuse en voie de sphacèle, complètement dépourvues d'éléments cellulaires, et remplie d'un feutrage microbien extrêmement dense, où le polymorphisme des germes défie toute description morphologique.

Dans l'ensemble, il s'agit d'une pneumopathie inflammatoire chronique (tuberculeuse ou syphilitique) avec une juxtaposition d'une zone de gangrène récente, due peut-être à l'action nécrosante des rayons X sur un parenchyme en voie de transformation scléro-gommeuse.

En somme, il s'agissait d'une malade porteuse d'une pneumopathie cachectisante non tuberculeuse, présentant un certain nombre de caractères bien particuliers :

1° Une image radiologique peu nette, mais qui, respectant le cul-de-sac, et n'étant pas excavée, pouvait déjà évoquer l'idée d'un cancer.

2° Le lipiodol présentait un arrêt net dans une ramification de la bronche souche, ce qui plaidait également en faveur d'une sténose cancéreuse.

3° Il existait des adénopathies cervicales et une ostéopathie térébrante du sternum qui pouvaient fort bien être interprétées comme des métastases d'un cancer pulmonaire, car on sait que les métastases ganglionnaires et osseuses sont les plus fréquentes dans le cancer primitif du poumon.

Il était donc non seulement légitime de penser à un cancer, mais on *devait* poser la question d'une telle éventualité. Restait à faire la critique des signes qui plaidaient en faveur du néoplasme :

1° Radiologiquement, il y avait peu ou pas d'extension, tout au moins dans les premiers temps; mais on sait que les images observées au cours du néoplasme ne sont pas forcément les images directes de la tumeur, mais le plus souvent des épiphénomènes. C'est ce que Benda et Mollard ont appelé des épipneumopathies, et qu'on peut interpréter assez souvent dans le cancer bronchique comme de l'atélectasie; d'autant plus, dans notre cas, que le lipiodol avait montré un arrêt dans une grosse bronche.

2° L'arrêt du lipiodol dans une bronche ne peut à lui seul être interprété comme un signe propre au cancer;

mais lorsque ce signe est associé à de l'atélectasie, il signifie alors sténose d'une bronche, ce qui est pour Sergent le signe le plus évocateur d'un cancer du poumon.

3° La biopsie du ganglion a montré l'absence de processus néoplasique à son niveau, mais ce signe négatif ne peut suffire à éliminer le cancer : un sujet peut fort bien être à la fois porteur d'un cancer primitif du poumon et d'adénopathies cervicales chroniques d'une autre nature.

4° De même, l'image sternale de lacune osseuse pouvait faire discuter une tumeur osseuse d'une autre nature, mais encore cette éventualité n'éliminait pas celle d'un cancer du poumon.

5° Restait à discuter la syphilis. Mais la syphilis passe pour beaucoup plus rare que le cancer, tout au moins en tant que pneumopathie chronique nettement individualisée.

Il n'existait aucun antécédent, aucun stigmate de syphilis :

L'image lacunaire du sternum n'avait aucune ressemblance avec celles qu'on décrit comme étant de nature syphilitique; et elle ne pouvait guère être interprétée comme telle.

La réaction de Bordet-Wassermann d'ailleurs n'a été pratiquée que comme un complément d'examen.

Sans doute cette réaction a été nettement positive à deux reprises, mais le traitement d'épreuve qui a été tenu par le mercure et l'arsenic n'a apporté aucune amélioration. Au contraire même, il semble qu'une altération plus rapide de l'état général, mesurable en quelque

sorte par l'amaigrissement, ait coïncidé avec les périodes pendant lesquelles on l'a institué.

On est alors, par élimination, arrivé au diagnostic de cancer primitif du poumon et on a entrepris un traitement radiothérapique. Mais celui-ci n'a eu aucune action bienfaisante; l'apparition de la suppuration et de la fétilité s'est même produite au cours de ce traitement.

Anatomiquement, il semble bien que l'on ait affaire à des lésions de syphilis pulmonaire. En effet, les constatations histologiques ont beaucoup de points communs avec les lésions que l'on décrit comme étant celles de la syphilis pulmonaire. (Letulle, Benda).

La présence de follicules tuberculeux n'est d'ailleurs pas opposée à ce diagnostic, au contraire : on sait que les associations anatomiques et cliniques syphilis-tuberculose, surtout dans les lésions de sclérose, sont loin d'être exceptionnelles. (Sergent.)

Il existe d'ailleurs d'autres observations, classiques maintenant, de syphilis pulmonaire ayant fait poser, au moins momentanément, le diagnostic de cancer primitif du poumon.

Observation XI. — R. Bensaude et Emery : Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 24 janvier 1913 (Résumée).

Il s'agit d'un sujet roumain de 49 ans, qui, après avoir présenté des accidents tuberculeux et syphilitiques, souffre un jour d'une toux coqueluchoïde avec expectoration, dyspnée et d'une grosse atteinte de l'état général avec amaigrissement.

La radiographie montre une image triangulaire suspendue avec ganglions médiastinaux.

Le diagnostic de tuberculose est éliminé par l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration, constatée à des examens répétés.

Le traitement mercuriel peu prolongé n'avait pas eu d'action.

Plusieurs médecins français et roumains portent le diagnostic de cancer pulmonaire et font faire de la radiothérapie.

Le malade tombe littéralement dans la cachexie.

L'auteur qui voit le malade à ce moment-là, à l'occasion de troubles rhino-pharyngés fait pratiquer un examen oto-rhino-laryngologique qui montre une gomme syphilitique du pharynx.

Il entreprend un traitement par le salvarsan et l'hectine. Rapidement il constate une grosse amélioration avec reprise du poids.

Le malade fait quelque temps après une rechute en Roumanie, avec expectoration abondante purulente et fade. Le traitement spécifique est repris; la guérison survient et persiste encore deux mois après.

Cependant à la radiographie, persistent quelques tracés et des ganglions médiastinaux.

Dans cette observation, le diagnostic de cancer du poumon avait été porté et la radiothérapie avait même été instituée; et ce n'est que la coexistence d'une autre manifestation évolutive de syphilis qui a fait entreprendre le traitement qui a guéri le malade.

Observation XII. — Ch. Roubier : *Journal Médical de Lyon*, 20 octobre 1931. (Résumée.)

Homme de 48 ans, syphilitique traité assez régulièrement.

Marié, femme bien portante, sans enfants ni fausses couches.

Six mois avant l'entrée à l'hôpital, épisode pulmonaire sans bacilles de Koch dans les crachats.

Deux mois avant d'entrer, reprise des signes.

A l'entrée : cachexie, amaigrissement de 7 kg. en deux mois.

Toux, expectoration abondante, mucopurulente banale.

Etat subfébrile : 38°.

Examen clinique négatif.

Radioscopie : Lésion très importante de toute la région juxta-hilaire droite; ombre opaque vaguement arrondie, mais à contours assez irréguliers, n'atteignant ni la ligne axillaire ni la coupole diaphragmatique, et présentant à sa périphérie quelques parties plus opaques. Pas de bacilles de Koch; on pense à un cancer du poumon.

Mais la réaction de Bordet-Wassermann était très fortement positive, on entreprend un traitement anti-syphilitique.

Amélioration considérable : le malade reprend 5 kg. en trois semaines, la toux et l'expectoration diminuent; apyrexie.

Le malade sort de l'hôpital après six semaines de traitement, ayant pris plus de 10 kg, complètement guéri. Mais l'image radiologique persiste sans modifications importantes.

Là aussi, le traitement antisypilitique, entrepris sur un malade chez lequel on avait porté le diagnostic de cancer du poumon, et dont seule la sérologie révélait la syphilis, fait la preuve de l'origine sypilitique des troubles constatés.

Observation XIII. — Sergent, Piot et Imbert : Presse Médicale, 21 avril 1934.

Malade de 42 ans, porteur d'un catarrhe bronchique chronique, et se plaignant de fatigue générale et d'amaigrissement.

La radiographie montre à la base droite la présence d'une image arrondie des dimensions d'une mandarine qui évoque l'idée d'un kyste hydatique ou d'une tumeur cancéreuse. La tuberculose est éliminée par l'absence de bacilles de Koch. La formule leucocytaire montre l'absence d'éosinophilie, ce qui n'est pas en faveur d'un kyste.

Le seul diagnostic qui reste est le cancer du poumon. Le Bordet-Wassermann étant très positif, l'auteur décide de courir le risque de faire bénéficier le malade d'un traitement d'épreuve antisypilitique. Un mois après, amélioration très nette, le malade a repris 6 kg., l'appétit est revenu.

Radiologiquement, grosse diminution des signes.

Là encore, c'est un traitement entrepris à tout hasard qui a montré que le diagnostic de cancer du poumon n'était pas exact, et qu'il s'agissait là aussi de syphilis pulmonaire.

Ces trois observations montrent donc des malades pour lesquels on a fait à tort le diagnostic de cancer du poumon. Mais dans ces trois cas, c'est le traitement antisyphilitique qui a apporté la preuve en amenant une amélioration rapide et évidente.

Et tous les auteurs se plaisent à reconnaître l'action rapide et souveraine du traitement spécifique dans la syphilis pulmonaire. Cependant chez notre malade il s'était montré inopérant. Doit-on en conclure qu'il ne s'agissait pas de syphilis pulmonaire?

Nous ne le pensons pas : le mercure doit être pour la plupart des auteurs (Benda) la base du traitement; or, chez notre malade il a été si mal supporté qu'il n'a pas eu le temps de montrer son action car on a été obligé de le supprimer dès les premières injections. L'arsenic par contre est moins actif dans ces formes tardives, et notre malade n'en a reçu qu'une dose bien légère. Elle n'a reçu ni bismuth ni iodure. En somme, le traitement n'a pas été suffisant pour pouvoir tirer une conclusion de son effet. Peut-être si on l'avait mené plus énergiquement aurions-nous pu observer une amélioration.

Dans l'observation de Bensaude, d'ailleurs, le malade avait d'abord été traité insuffisamment, et ce traitement était resté sans action.

Nous ne prétendons pas, parce que nous avons présenté quatre observations de syphilis pulmonaire ayant simulé un cancer, que la syphilis pulmonaire soit la seule affection qui puisse simuler le cancer primitif du poumon.

Il n'en reste pas moins qu'on peut, avec les apparences de la raison, porter le diagnostic de cancer primitif du

poumon alors qu'il s'agit d'une pneumopathie d'une autre nature.

Il faut donc établir une critique soignée des signes qui sont en faveur du cancer; en particulier, il faut se rappeler que si l'atélectasie pulmonaire est un signe particulièrement évocateur d'un cancer du poumon (Sergent), les cas d'atélectasie sans cancer sont très fréquents; Debré en a rapporté un cas assez particulier où l'atélectasie était causée par une compression bronchique réalisée par des ganglions tuberculeux. Toutes les affections pulmonaires peuvent en réaliser, et en particulier la tuberculose.

L'oblitération d'une bronche non plus, où le lipiodol marque un arrêt, n'est pas d'une interprétation qui n'admet pas la discussion (Tumeurs médiastinales, maladie de Hodgkin).

Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux que la syphilis peut simuler d'assez près le cancer primitif du poumon; et la syphilis pulmonaire serait-elle même rare, on aurait intérêt à traiter systématiquement les syphilitiques pour lesquels on a porté le diagnostic de cancer du poumon, ne serait-ce que pour leur faire courir leur chance; comme on fait du traitement antisiphilitique aux malades chez lesquels on a fait cliniquement le diagnostic de méningite tuberculeuse, même si on n'a trouvé aucun argument en faveur de la vérole.

CONCLUSIONS

I. — Le diagnostic du cancer primitif du poumon est un problème très complexe, ce cancer étant extrêmement polymorphe, n'ayant que rarement une séméiologie propre, et ne se traduisant bien souvent que par des signes d'emprunt.

II. — Les formes suppurées du cancer primitif du poumon sont particulièrement fréquentes, et on devra s'attendre à ce que le malade atteint de cancer primitif du poumon se présente plus souvent comme un infecté que comme un cancéreux; et le diagnostic du cancer n'est en fait bien souvent que le diagnostic étiologique d'une suppuration broncho-pleuro-pulmonaire.

III. — Ce n'est donc qu'en recherchant le cancer du poumon qu'on pourra en faire le diagnostic; et l'aphorisme de Graham doit être une règle : « Toute pneumopathie rebelle survenant chez un sujet âgé de plus de 40 ans, et qui ne fait pas sa preuve, doit faire rechercher le cancer. » Nous ajouterons même qu'un diagnostic d'abcès du poumon ou de pleurésie purulente, ou même de tuberculose pulmonaire, qui peut paraître satisfaisant peut parfois faire négliger de rechercher un cancer.

IV. — Mais, s'il est fréquent de méconnaître le cancer du poumon, il est possible aussi de commettre l'erreur inverse et de prendre pour un cancer une pneumopa-

thie d'une autre nature. Ce genre d'erreur est sans aucun doute moins fréquent que l'inverse; mais c'est par contre une erreur plus grave, conduisant à irradier par les rayons X une affection pulmonaire qui n'est pas néoplasique, ce qui n'est pas sans danger; et ayant pour conséquence de priver le malade d'une thérapeutique qui aurait pu être efficace.

V. — C'est dire la nécessité de ne poser le diagnostic de cancer primitif du poumon qu'avec circonspection, et de faire, lorsque ce problème se pose, une critique sérieuse des signes qui se montrent en faveur de ce diagnostic.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU

Vu : *Le Président de Thèse,*
AUBERTIN

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Ameuille*. — Cancer pulmonaire à forme d'abcès. (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 27 juillet 1923.)
- Ameuille, Lemoine et Bellin*. — Cancer bronchique masqué par un abcès du poumon. (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 14 octobre 1938.)
- Ameuille et Lemoine*. — Cancer et abcès du poumon. (Paris Médical, 18 février 1939.)
- Barry*. — Contribution à l'étude du radiodiagnostic du cancer primitif du poumon. (Thèse Bordeaux, 1936-37.)
- Benda (R.)*. — Bronchite chronique syphilitique. (Thèse Paris, 1927.)
- Benda (R.) et Friedmann*. — Syphilis de l'appareil respiratoire. (In Encyclopédie médico-chirurgicale, 1935.)
- Bensaude et Emery*. — Syphilome intrathoracique, probablement broncho-pulmonaire, simulant un cancer du médiastin. (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 24 janvier 1913.)
- Bernard (Et.)*. — Cancers pleuro-pulmonaires (In Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 1935.)
- Bernard (L.)*. — Le diagnostic différentiel du cancer et de la tuberculose du poumon. (Gazette Médicale de France, 1^{er} juin 1932.)

Boufflers. — Contribution à l'étude de la gangrène pulmonaire consécutive à des cancers de cet organe. Thèse Paris, 1893.)

Burlats (R.). — Les formes suppuratives et les formes cavitaires du cancer primitif du poumon. (Thèse Lyon, 1928.)

Caruana. — Syphilis et tuberculose pulmonaire. Etude clinique et anatomique faite sur l'indigène musulman tunisien. (Thèse Paris, 1937.)

Cottin Cramer (Mlle) et Saloz. — Le cancer primitif du poumon. (Annales de Médecine, 1920.)

Debré, Mignon, Lamy et Mlle Kaplan. — Compression bronchique par masse ganglionnaire tuberculeuse. (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 3 juin 1938.)

Huguenin. — Le cancer primitif du poumon, étude anatomo-clinique. (Thèse Paris, 1928.)

Lagèze (P.). — Les suppurations pulmonaires chroniques, leur diagnostic étiologique. (Monde Médical, 1^{er} novembre 1938.)

Lecoq (G.). — Syphilis et formes fibreuses de la tuberculose pulmonaire. (Thèse Paris, 1936.)

Lemaître. — Diagnostic radiologique du cancer du poumon. (Gaz. Méd. de France. suppl. de radiologie, 1^{er} mai et 1^{er} octobre 1936.)

Marchoux. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques, juin 1933.

Mignot (R.). — Le cancer du poumon et de la plèvre. (In Encyclopédie Médico-chirurgicale, 1935.)

Meyniel. — Le syndrome sus-phrénique du cancer suppuré du poumon. (Thèse Paris, 1937.)

Pauchard. — Les cancers suppurés du poumon. (Thèse Paris, 1935.)

Pruvost (P.) et Hesse (D.). — Difficultés du diagnostic du cancer du poumon. (L'Hôpital, janvier 1929.)

Pruvost (P.), Aubin (Mlle) et Depierre. — Lésions d'emprunt en dehors de la tuberculose pulmonaire. (Paris Médical, 18 février 1939.)

Rimbaud (L.) et Serre (H.). — Quelques aspects cliniques de la syphilis pulmonaire de l'adulte. (Montpellier Med., février 1938.)

Roubier (Ch.). — Syphilome broncho-pulmonaire, considérations cliniques et radiologiques. (Jour. Méd. de Lyon, 20 octobre 1931.)

Salvi. — Un des aspects de la syphilis pulmonaire. (Thèse Paris, 1938.)

Sergent. — Syphilis et tuberculose. (Clin. et Labor., 20 juillet 1923.)

Sergent et Cottenot. — Ce que la clinique peut demander aux injections intra-trachéales de lipiodol. (Presse Médicale, 1935.)

Sergent, Kourilsky, Imbert et Poumeau Delille. — Deux observations de cancer primitif du poumon à type d'abcès. (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 27 juin 1930.)

Sergent, Mignot et Durand. — Les formes pseudo-tuberculeuses du cancer primitif du poumon. (Paris Médical, 7 janvier 1933.)

Sergent. — Quelques aphorismes sur l'association syphilitis-tuberculose. (Clinique et Laboratoire, 20 novembre 1933.)

Sergent, Piot et Imbert. — Contributions à l'étude clinique et radiologique des gommes syphilitiques du poumon. (Presse Médicale, 21 avril 1934.)

Sergent, Racine et Fourestier. — Cancer et tuberculose pulmonaire associés. (Presse Médicale, 2 oct. 1937.)

Sergent, Bordet et Racine. — Diagnostic précoce du cancer du poumon. (Monde Médical, 1^{er} et 15 décembre 1937.)

Vaucher, Kaufman et Uhrig (Mlle). — Cancer cavitaire du poumon et pleurésie purulente enkystée. (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 11 avril 1930.)

